

Fatores associados ao reganho de peso após cirurgia bariátrica**Factors associated with weight regain after bariatric surgery**

DOI:10.34119/bjhrv3n1-070

Recebimento dos originais: 30/12/2019

Aceitação para publicação:06/02/2020

Thaís Pillotto Duarte Caldeira

Nutricionista. Mestre em Psicologia e Saúde/Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP/SP.

Endereço: Rua Amadeu Segundo Cherubini, 419, São Manoel. São José do Rio Preto/SP.
CEP: 15091-250.

E-mail: thais_pillotto@hotmail.com

Neide Aparecida Micelli Domingos

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP/SP.

Endereço: Av. Projetada C, nº 340. B. Golden Park. Mirassol/SP. CEP: 15135-832.

E-mail: micellidomingos@famerp.br

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP/SP.

R: Coronel Spínola de Castro, nº 3420, apto. 81. Centro. São José do Rio Preto/SP. CEP: 15015-500.

E-mail: cmiyazaki@famerp.br

RESUMO

A frequência da realização de cirurgias bariátricas aumentou bastante nos últimos anos. Entretanto, apesar da eficácia do tratamento cirúrgico, alguns indivíduos apresentam recidiva de aumento de peso. Objetivos: Identificar as variáveis associadas ao reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica; avaliar o impacto do peso na qualidade de vida; avaliar percepção e satisfação da imagem corporal; avaliar sintomas de ansiedade e depressão e comparar os grupos: reganho de peso versus não reganho de peso. Método: Estudo do tipo descritivo / transversal. Participaram 43 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 28 e 63 anos que foram submetidos à cirurgia bariátrica por intervenção cirúrgica restritiva há pelo menos cinco anos (entre 2008 – 2012). Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sócio demográfico; Questionário Impacto do peso na qualidade de vida (IWQOL-Lite); Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) e Escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Resultados: Do total de participantes, observou-se que (31) 72,1% ainda apresentam obesidade e (11) 25,6% estão com sobrepeso, apenas (1) 2,3% atingiu a eutrofia. Em relação ao reganho de peso, (30)

69,8% apresentaram reganho acima de 15% do peso perdido. Comparando os dois grupos observou-se que há uma maior prevalência de sedentarismo no GRP. Sintomas de depressão foram encontrados em (4) 13,3% do GRP. Conclusões: O reganho de peso não impactou na qualidade de vida em nenhum dos cinco domínios avaliados; encontramos alto índice de insatisfação com a imagem corporal; há grande prevalência de distorção da imagem corporal, com predominância para superestimação do tamanho do próprio corpo e a amostra apresentou baixos índices de depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Aumento de Peso; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The frequency of bariatric surgeries has increased significantly in recent years. However, despite the efficacy of the surgical treatment, some individuals present weight gain relapse. Objectives: To identify the variables associated with weight regain in patients undergoing bariatric surgery; assess the impact of weight on quality of life; evaluate perception and satisfaction of body image; evaluate symptoms of anxiety and depression and compare the groups: weight regain versus non-weight regain. Method: This is a descriptive/cross-sectional study. A total of 43 individuals, between 28 and 63 years old, who underwent bariatric surgery due to restrictive surgery (between 2008 - 2012), participated in the study. The following instruments were used to collect data: Socio-demographic questionnaire; Impact of weight on quality of life Questionnaire (IWQOL-Lite); Silhouetted Figures Scale and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Participants were invited to participate in the study after their medical records were analyzed. Results: Out of the total number of participants, it was observed that (31) 72.1% were still obese, (11) 25.6% were overweight, and only (1) 2.3% were eutrophic. Regarding weight regain, (30) 69.8% presented a relapse above 15% of the weight lost. By comparing the two groups it was observed that there is a greater prevalence of sedentary lifestyle in the GRP. Symptoms of depression were found in (4) 13.3% of GRP. Conclusions: Weight regain did not impact on any of the five quality of life domains; high levels of body image dissatisfaction was found; there was a high prevalence of body image distortions specially distortions concerning overestimation of body size; participants presented low levels of anxiety and depression.

Keywords: Bariatric Surgery; Weight Gain; Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

Enquanto a incidência de desnutrição no Brasil declinou significativamente desde os anos 70, a obesidade tem aumentado continuamente no mesmo período atingindo números preocupantes: a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes para homens e em mais de duas vezes para mulheres (Ministério da Saúde, 2011).

A obesidade tem como característica o acúmulo excessivo de gordura corporal, muitas vezes acompanhado de comorbidades como o diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, dislipidemias e síndrome metabólica. A causa da obesidade é multifatorial e inclui variáveis como: hábitos alimentares inadequados, estilo

de vida, interações endócrino-metabólicas, componentes hereditários, fatores socioeconômicos, comportamentais, psicológicos e ambientais (Cheng, Gao, Shuai, Wang and & Tao, 2016; Marques-Lopes, Marti, Moreno-Aliaga & Martínez, 2004; Moreira, Espinola & Azevedo, 2015).

Os principais tratamentos para o excesso de peso são baseados em orientação dietética, atividade física e fármacos. No caso da obesidade grau III, que é o estágio mais avançado da doença, tem sido observado que 95% dos pacientes recuperam o peso inicial em até dois anos. Nesse cenário, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o único tratamento para alcançar a perda de peso adequada e durável (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos, 2013; Tavares, Nunes & Santos, 2010).

Além de ser o tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica reduz a incidência de comorbidades, diminui a prevalência de distúrbios pré-existentes e reduz a mortalidade (Mancini, 2014). Existem várias técnicas de cirurgia bariátrica, e a de Fobi-Capella com by-pass gástrico em Y de Roux (BGYR) é a considerada padrão-ouro, sendo a mais eficaz e de baixa morbidade (Moreira et al., 2015).

A técnica BGYR é considerada mista. Diminui o tamanho da cavidade gástrica fazendo com que uma quantidade menor de alimentos possa ser ingerida, além de reduzir a superfície intestinal em contato com o alimento, causando menor absorção de nutrientes, fenômeno também conhecido como disabsorção (Bordalo, Teixeira, Bressan & Mourão, 2011)).

A realização de cirurgia bariátrica aumentou significativamente nos últimos anos, já que este tem sido considerado o mais eficaz tratamento da obesidade (Bastos et al., 2013; Mancini, 2014). No entanto, alguns pacientes não atingem a perda de peso esperada e muitos reganham parte do peso perdido entre 2 e 10 anos do pós-cirúrgico (McGrice & Paul, 2015). A cirurgia bariátrica induz uma redução de 60 a 70% do excesso de peso corporal, com perda máxima no período entre 18 e 24 meses, com ganho ponderal significativo observado após cinco anos (Bastos et al., 2013; Magro et al., 2008; McGrice & Paul, 2015). Os indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade podem apresentar uma recidiva de aumento de peso se não alterarem seus hábitos alimentares e não praticarem atividade física (Cambi, Marchesini, & Baretta, 2015). Estudo realizado por Magro et al., em 2008, envolvendo 782 obesos de ambos os sexos submetidos à cirurgia bariátrica observou ganho de peso em aproximadamente 50% dos indivíduos dentro de dois anos de pós-operatório.

Adams et al., em 2012, realizaram um estudo sobre benefícios após seis anos do procedimento BGYR. Concluíram que 24% dos pacientes pesquisados não conseguiram manter mais que 20% da perda de peso, o que teve impacto negativo nos benefícios metabólicos obtidos no pós cirúrgico.

Muitas vezes, quando o cliente observa que está reganhando peso, opta por não buscar auxílio da equipe que o acompanhou por sentimento de fracasso no emagrecimento efetivo buscado cirurgicamente (Cambi et al., 2015). Alguns dos fatores apontados como possíveis responsáveis para o reganho de peso são hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da prática de atividade física, adaptações hormonais, tempo de pós-operatório, aderência do paciente ao grupo de apoio, Índice de Massa Corporal (IMC) no pré-cirúrgico, baixa autoestima e depressão (Bastos et al., 2013 Magro et al., 2008; McGrice & Paul, 2015).

Estudos apontam que, quanto mais severa for a obesidade, maiores as chances de desordens psicológicas (Magro et al., 2008). O excesso de peso está associado à redução da qualidade de vida e a incapacidades funcionais (Araujo et al., 2014). Uma melhora da saúde mental é observada na maior parte dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, porém em alguns casos isso não acontece e os fatores com maior frequência associados a isso incluem: perda de peso insuficiente, reganho de peso e alterações indesejadas da pele (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013).

Warkentin et al. (2014) demonstraram que uma perda de 20% do peso corporal é capaz de gerar melhora significativa na qualidade de vida relacionada à saúde.

Esclarecer quais são os fatores associados ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica é fundamental para a adoção de condutas que evitem com que esse fenômeno ocorra.

Existem poucos trabalhos na literatura sobre reganho de peso após a cirurgia bariátrica. É importante observar que, como os indivíduos que recuperam o peso podem não retornar para posterior triagem, este é um viés em potencial dos estudos envolvendo cirurgia bariátrica, já que muitos possuem baixa taxa de retenção dos participantes (Adams et al., 2012).

Diante deste cenário, o presente trabalho pretende recrutar os pacientes que reganharam peso e os que tiveram sucesso em manter o peso perdido, avaliando tanto dados sócio-demográficos como fatores psicológicos e de qualidade de vida, a fim de obter maiores esclarecimentos sobre os fatores envolvidos no reganho de peso no período entre cinco e oito anos após o procedimento cirúrgico.

Este tipo de abordagem é importante para fornecer dados para que os profissionais envolvidos com o tratamento da obesidade aprimorem suas condutas clínicas, com o objetivo de reduzir a incidência do ganho de peso, evitando prejuízos físicos e emocionais aos pacientes. Em função destas considerações, estabeleceram-se os objetivos do estudo. **Objetivos:** Identificar fatores associados ao ganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Avaliar o impacto do peso na qualidade de vida, a percepção e satisfação com a imagem corporal, sintomas de ansiedade e depressão e comparar os grupos: ganho de peso versus não ganho de peso.

2 METODOLOGIA

Delineamento do Estudo: trata-se de um estudo do tipo descritivo / transversal.

Participantes: Participaram 43 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 28 e 63 anos, que foram submetidos à cirurgia bariátrica por intervenção cirúrgica restritiva (Bandagem gástrica ajustável e Gastroplastia vertical com bandagem) ou predominantemente restritiva (Derivações gástricas em “Y de Roux”, com ou sem anel de contenção) há pelo menos cinco anos (entre 2008 – 2012). **Crítérios de Inclusão:** ter disponibilidade para participar da entrevista e residir na cidade de São José do Rio Preto. Este critério foi adotado para facilitar o encontro do participante com o pesquisador, já que as entrevistas precisavam ser feitas pessoalmente. **Crítérios de Exclusão:** diagnóstico de câncer após a cirurgia e alterações cognitivas que impossibilitassem responder aos questionários. **Seleção da Amostra:** Foi realizado um levantamento dos prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica no Hospital de Base de São José do Rio Preto entre 2008 a 2012. Os prontuários foram analisados e excluídos os que não preencherem aos critérios de inclusão/exclusão. Os participantes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo por meio de um telefonema, onde foi agendado um horário para a coleta de dados individual e pessoalmente, conforme a disponibilidade dos mesmos. O local do encontro entre participante e pesquisador para responder aos questionários e realizar a pesagem variou de acordo com a comodidade e disponibilidade do entrevistado, ocorrendo em alguns casos na casa ou trabalho do participante, clínica particular do pesquisador, pontos de ônibus, táxi e até mesmo supermercado.

Materiais: para coleta de dados foi utilizado um questionário sócio-demográfico; a Escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) que é um questionário composto por 14 questões de múltipla escolha, que são alternadas entre questões referentes à ansiedade e referentes à depressão, com pontuação de 0 a 3 cada questão, sendo 0 a resposta que indica menor grau de ansiedade/depressão e 3 o maior grau (Botega, Bio, Zomignani, Garcia & Pereir, 1995); o Questionário “Impacto do peso na qualidade de vida” (IWQOL-Lite) (Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001) composto por 31 itens e cinco domínios (função física, autoestima, vida sexual, dificuldade pública e trabalho). Os escores variam de 0 a 100, sendo que 100 representa a melhor qualidade de vida relacionada à saúde e 0 representa a pior. O escore do domínio é calculado somente se o participante responde a, pelo menos, 50% dos itens e a pontuação total é calculada apenas se o participante responde a, pelo menos, 75% dos domínios do instrumento, O Anexo 2 apresenta a autorização para uso do instrumento (reprodução proibida); e a Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) (Kakeshita, 2008) que verifica a percepção da imagem corporal e satisfação atual com o peso: é constituída por 15 cartões plastificados para cada sexo. Neles cada figura corresponde a um índice de Massa Corporal (IMC), variando de 12,5 a 47,5kg/m² e com diferença constante de 2,5kg/m² entre as figuras. É solicitado ao participante que escolha a figura que melhor representa seu tamanho de corpo atual e a figura que melhor representa o corpo que gostaria de ter. A diferença entre essas escolhas é usada como indicativo de algum grau de insatisfação. A diferença entre o IMC percebido e o IMC real é a indicativa de distorção da percepção da imagem corporal.

Procedimento: Os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 (Grupo Não Reganho de Peso/ GNRP) incluiu os casos em que não houve reganho de peso e Grupo 2 (Grupo Reganho de Peso / GRP) os casos com reganho de peso. Foi considerado reganho de peso o reganho de 15% ou mais do peso que foi perdido após a cirurgia. Para essa classificação foi perguntado ao paciente, durante a entrevista qual era o seu peso no pré-operatório imediato e em seguida qual o menor peso após o procedimento cirúrgico. Na data agendada para o encontro, foi realizada nova pesagem que serviu como indicador para avaliar se houve ou não reganho de peso. Ainda nesta data, antes de iniciar os procedimentos, os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida responderam aos questionários.

Aspectos Éticos: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Parecer nº. 1.646.782).

Análise de Dados: Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente por meio de estatística não paramétrica (Mann-Whitney), nível de significância $\leq 0,05$.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levantamento dos prontuários, realizado por meio eletrônico, contatou-se que foram realizadas 412 cirurgias bariátricas no Hospital de Base de São José do Rio Preto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012. Destes, 110 foram selecionados para o estudo.

Houve certa dificuldade em localizar os candidatos, pois muitos telefones estavam desatualizados, não completava a ligação ou não atenderam, e, em consequência disso, 41,8% não foram contatados. Apenas 10% dos pacientes não quiseram participar da pesquisa ou referiram não ter disponibilidade de horários, cinco pessoas concordaram em participar e não compareceram na data agendada ou não atenderam no local combinado e depois não atenderam mais aos telefonemas.

Uma paciente não participou da pesquisa por apresentar peso acima da capacidade métrica da balança utilizada (180 kg) e não foi realizada pesagem em outra balança porque seu IMC ultrapassou o limite máximo do instrumento das escalas de silhuetas, não sendo possível realizar a medição de distorção da imagem corporal adequadamente, a paciente não ficou sabendo que foi excluída da pesquisa por questões éticas.

Houve outra exclusão por o paciente ter passado por tratamento de câncer no período pós-operatório, ele não foi contatado, pois essa informação foi obtida no prontuário eletrônico previamente, bem como três pacientes com óbito registrado (Figura 1). Participaram efetivamente do estudo 43 indivíduos, de ambos os sexos, sendo 35 mulheres e oito homens, com idade entre 28 e 63 anos sendo 72,1% sedentários, 39,5% consomem bebidas alcoólicas e 20,9% são fumantes (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra

Variáveis	n = 43	%
Sexo		
Feminino	35	81,4
Masculino	8	18,6
Nível de atividade física		
Ativo fisicamente	12	27,9
Sedentário	31	72,1
Etilismo		
Etilista	17	39,5
Não etilista	26	60,5
Tabagismo		
Tabagista	9	20,9
Não tabagista	34	79,1

A Tabela 2 mostra a caracterização da dos grupos GNRP e GRP em gêneros masculino e feminino. A predominância de mulheres compondo a amostra estudada também foi observada em outras pesquisas que avaliaram pacientes pós-cirurgia bariátrica (Sarwer et al., 2010, Bastos et al., 2013, Pajecki et al., 2007).

Tabela 2: Caracterização dos grupos por gênero

Gênero	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
GNRP	2	15%	11	85%	13	100%
GRP	6	20%	24	80%	30	100%

Constatou-se que 69,8% (n=30) apresentaram um reganho de peso igual ou acima de 15% do total perdido com a cirurgia, sendo então alocados no grupo denominado Grupo Reganho de Peso (GRP) e 30,2% (n=13) classificados no Grupo Não Reganho de Peso (GNRP) por não ter apresentado esse grau de reganho de peso.

O percentual de participantes que reganharam peso foi maior do que o encontrado no trabalho de Kofman, Lent & Swencionis (2010), onde 47% dos participantes apresentaram reganho de peso superior a 10%. Os dados de Kofman et al. (2010) foram

obtidos por pesquisa online, onde o próprio participante relatou o seu peso atual e é possível que tenha subestimado o próprio ganho de peso. Bastos et al. (2013) também encontraram menor incidência de ganho de peso em seu trabalho, envolvendo 64 indivíduos pós bariátrica, encontrou-se que 71,9% não apresentaram ganho ponderal superior a 15% do peso perdido com a cirurgia e observaram que o ganho de peso foi diretamente proporcional ao tempo de pós-operatório. O tempo de pós-operatório da amostra no trabalho citado foi a partir de dois anos, e isso pode explicar a divergência com o presente estudo, que avaliou pacientes de 5 a 8 anos de pós-operatório.

Comparando os dois grupos (GNRP X GRP), foi observado que não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao IMC pré-operatório, além de não haver diferença significativa no total de peso perdido com a cirurgia, demonstrando que eles apresentavam grau de obesidade semelhante ao optar pelo tratamento cirúrgico e obtiveram praticamente os mesmos resultados de perda de peso com a cirurgia (Tabela 3). Os dois grupos apresentam diferença estatisticamente significativa entre o peso atual e peso pré-operatório.

Tabela 3: Variáveis antropométricas

Variáveis antropométricas	Mediana		p
	GNRP	GRP	
Perda Peso (Kg)	50	56,35	0,578
IMC pré-operatório (Kg)	49,4	50,59	0,509
IMC atual (Kg/m ²)	29,41	35,47	0,000
Reganho de peso após cirurgia (kg)	3,3	14,3	0,000

Do total de participantes, observou-se que (31) 72,1% ainda apresentam obesidade e (11) 25,6% estão com sobrepeso, apenas um entrevistado (2,3%) atingiu a eutrofia.

No GNRP observou-se que (1) 7,7% estão eutróficos, (7) 53,8% apresentam sobrepeso, (4) 30,8% obesidade grau I, (1) 7,7% obesidade grau II e nenhum caso encontrado de obesidade grau III foi encontrado. No GRP não houve eutrofia, (4) 13,3% apresentam sobrepeso, (9) 30% obesidade grau I, (13) 43,3% obesidade grau II e (4) 13,3% obesidade grau III.

A maior parte dos entrevistados, (36) 83,7%, afirmou que dentre suas tentativas anteriores à cirurgia para emagrecimento incluiu acompanhamento com profissional da área da saúde médico ou nutricionista.

Observou-se um baixo índice de pacientes que mantêm os acompanhamentos nutricionais e psicológicos em ambos os grupos, sendo que do total de participantes apenas (9) 20,9% deles se consulta com nutricionista regularmente e (4) 9,3% segue em

acompanhamento com profissionais da psicologia. Comparando a adesão entre os dois grupos, observa-se um percentual maior de pacientes do GRP mantêm os acompanhamentos tanto nutricionais quanto psicológicos.

Os motivos mais frequentemente relatados para justificar essa baixa adesão aos tratamentos desses profissionais foi o fato de o acompanhamento oferecido ser em grupo na maioria das vezes, o longo espaçamento de tempo entre as consultas agendadas pelos profissionais, falta de disponibilidade de tempo para comparecer aos atendimentos e falta de pontualidade das consultas.

Os dados de Bastos et al. (2013) divergem dos dados desta pesquisa em que encontraram alta adesão ao acompanhamento nutricional. É interessante observar que no trabalho citado os dados foram coletados durante as consultas ambulatoriais de nutrição, por meio dos prontuários e nas reuniões do Grupo de Apoio ao Paciente Obeso Mórbido e, após isso, foi realizada busca ativa dos pacientes, diferentemente da metodologia para recrutamento da amostra desta pesquisa.

Galioto, Gunstad, Heinberg e Spitznagel (2013), após revisão de literatura, concluem que o comparecimento às consultas de acompanhamento está intimamente associado aos resultados de perda de peso em pacientes bariátricos.

Em relação à atividade física apenas (12) 27,9% relatou que pratica, sendo ativo fisicamente (7) 53,9% do GNRP e (5) 16,7% do GRP. A maior prevalência de sedentarismo no GRP pode ser um fator que contribuiu para o reganho de peso.

Quando questionado se foi orientado no pré-operatório sobre a possibilidade de reganho de peso após a cirurgia, todos os do GNRP afirmaram que sim, e no GRP apenas (1) 3,3% disse que não e (1) 3,3% que não se recorda.

Quando questionados sobre indicação de uso de suplementos alimentares após a cirurgia, todos relataram que sim, porém apenas (15) 34,9% referiram fazer uso conforme recomendado. Dentre os motivos responsáveis pelo não uso, os mais frequentes foram dois: desconforto gástrico com o uso dos suplementos e dificuldades financeiras para a aquisição dos mesmos. A adesão ao uso dos suplementos alimentares foi maior no GRP.

Quando questionado se o participante apresenta compulsão alimentar, (2) 15,4% do GNRP relatam que sim, e (11) 36,7% do GRP também afirmam apresentar tal sintoma. A presença ou não de compulsão alimentar indicada foi baseada na percepção do próprio paciente, sem a aplicação de testes validados para este fim.

Investigando se os participantes exercem alguma atividade laboral que envolva alimentos observou-se que isso é mais frequente no GRP, onde 43,3% (n=13) trabalham com alimentos e no GNRP 38,5% (n=5) exercem tal tipo de atividade.

Bastos et al. (2013) encontraram associação estatisticamente significativa entre exercer atividades laborais que envolvam alimentos e reganho de peso, onde 38,9% dos indivíduos com reganho de peso significativa trabalhavam com alimentos e apenas 6,5% dos que não reganharam peso estavam envolvidos com esse tipo de atividade.

Observou-se uma baixa prevalência de doenças cônicas na amostra, sendo mais prevalente no GRP a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hipotireoidismo e outras doenças crônicas, já o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) e as dislipidemias foram mais frequentes no GNRP. É interessante destacar que todos os relatos de doenças crônicas foram de pacientes do sexo feminino, não havendo nenhum caso de doenças crônicas em homens da amostra nos dois grupos.

Foi observado que 75% dos pacientes que apresentavam diabetes no pré-operatório mantiveram a remissão da doença até o presente momento e isso ocorreu tanto no GNRP como no GRP. Esse achado está de acordo com outros trabalhos.

Em 2012, Mingrone, et al, realizaram estudo prospectivo, randomizado com 60 pacientes, a fim de comparar os efeitos das cirurgias bariátricas com a terapia médica convencional. Não foi encontrado nenhum caso de remissão do diabetes com a aplicação do tratamento convencional enquanto que no grupo que passou por gastroplastia com derivações gástricas em “Y de Roux” isso aconteceu em 75% dos casos após dois anos de pós-operatório, independente do IMC e do grau de perda de peso.

Adams et al. (2012) pesquisaram 418 indivíduos que passaram por cirurgia bariátrica e encontraram que a remissão do diabetes foi mantida após 6 anos em 62% dos casos.

Foi perguntado ainda aos participantes se, hipoteticamente, pudessem voltar no tempo com a experiência que tem hoje com a cirurgia bariátrica, optariam por passar pelo processo cirúrgico novamente. Apenas uma pessoa respondeu que não, e 97,7% (n=42) respondeu afirmativamente, o que pode indicar um contentamento com a cirurgia realizada.

Em 1997 Powers, Rosemurgy, Boyd e Perez também perguntaram se os pacientes fariam a cirurgia bariátrica novamente a fim de medir o grau de satisfação com o procedimento realizado e encontraram elevados índices de satisfação, onde 81% responderam afirmativamente à pergunta e concluíram que a satisfação não estava associada à quantidade de peso perdida, e sim à melhora da saúde física e mental.

A pesquisa contou com uma pergunta aberta: Qual o motivo você acredita ser o maior responsável pelo ganho de peso após a cirurgia? A maioria respondeu que está relacionado a uma alimentação inadequada (48,8%) e aos fatores comportamentais (44,2%). Também foi relatado estar relacionado a fatores psicológicos (23,3%), adaptações do metabolismo (16,3%), sedentarismo (9,3%) e falhas no acompanhamento com profissionais da saúde (9,3%).

Alguns dos fatores apontados pela literatura como possíveis responsáveis pelo ganho são: hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da prática de atividade física, adaptações hormonais, tempo de pós-operatório, aderência do paciente ao grupo de apoio, Índice de Massa Corporal (IMC) antes da cirurgia, baixa autoestima e depressão (Bastos et al., 2013; Magro et al., 2008; McGrice & Paul, 2015).

Após revisão sistemática, Karmali et al. (2013) classificaram os principais fatores causais associados à recidiva do aumento de peso após cirurgia bariátrica citadas pela literatura em 5 categorias: não cumprimento da dieta, desequilíbrio hormonal/metabólico, saúde mental, inatividade física e fatores anatômicos/cirúrgicos. O não cumprimento da dieta é um importante fator etiológico associado ao ganho de peso após cirurgia bariátrica e foi o motivo mais apontado pelos participantes do presente estudo (Karmali et al., 2013).

Os motivos mais frequentemente associados ao ganho de peso citados pelos participantes deste trabalho estão de acordo com a literatura, demonstrando bom nível de consciência sobre os pontos que merecem mais atenção para se controlar o ganho de peso pós-cirúrgico.

Comparando-se a porcentagem de participantes que ingerem bebidas alcoólicas atualmente com o período pré-operatório não foi observada mudança expressiva, já que antes da cirurgia 30,2% faziam o uso de álcool e atualmente 32,55% o fazem. Foram relatados dois casos de alcoolismo, ambos em mulheres, após o procedimento cirúrgico, o que corresponde a 4,7% da amostra total.

Ertelt et al. (2008) avaliaram 70 indivíduos com 6 a 10 anos pós cirurgia bariátrica a fim de verificar o consumo de álcool e, com base em seus dados, concluem que a maioria das pessoas não muda o seu uso de álcool após a cirurgia, e sugerem que 3% dos indivíduos podem desenvolver dependência de álcool. Esses dados estão de acordo com os encontrados neste trabalho.

Quando analisados os resultados obtidos com a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) foi observado que no GNRP (4) 30,8% apresentam sintomas de ansiedade e (1) 7,7%

sintomas característicos de depressão, já no GRP, observou-se que (8) 26,6% apresentam sintomas de ansiedade e (4) 13,3% dos participantes apresentam sintomas característicos de depressão.

Pesquisa de Porcu, Franzin, Abreu, Previdelli e Astolfi (2011) usando a escala HAD em pacientes bariátricos também encontraram maior prevalência de ansiedade do que de depressão em sua amostra, constatando que após 6 meses da cirurgia 14% apresentavam quadro sugestivo de ansiedade e 8% de depressão.

Não se pode concluir se sintomas de depressão apresentados pelos participantes do GRP foram devido ao próprio reganho de peso ou se eles já apresentavam sintomas depressivos antes e isso pode ter contribuído para o reganho de peso, já que não foi aplicado este teste nos pacientes antes do reganho de peso acontecer.

Almeida, Zanatta e Rezende (2012) avaliaram sintomas de depressão e ansiedade em três momentos: no pré-operatório, 6 e 12 meses após a cirurgia. Encontraram nível de ansiedade mínimo nos três períodos e uma redução dos sintomas de depressão estatisticamente significativa após o procedimento cirúrgico.

Os resultados obtidos com avaliação da qualidade de vida (IWQOL-Lite) demonstraram escores superiores de qualidade de vida no GNRP em todos os quesitos em relação ao GRP: função física (81,8/77,1 respectivamente); autoestima (87,4/73,9 respectivamente); vida sexual (89,1/86,5 respectivamente); dificuldades em locais públicos (96,5/75 respectivamente) e trabalho (97,6/90,9 respectivamente) e quando comparado qualidade de vida com peso não encontramos diferença estatisticamente significante (Tabela 4), isto é, o reganho de peso não interferiu na qualidade de vida, em qualquer domínio, independentemente do grupo.

Tabela 4: Comparação do impacto do peso na qualidade de vida entre os grupos GNRP e GRP

	Med GNRP	Med GRP	p
Função Física	84,09	84,09	0,6626
Autoestima	100	89,28	0,3411
Vida sexual	100	100	0,7711
Dificuldades em locais públicos	100	100	0,3279
Trabalho	100	100	0,5256

Pesquisa de Kofman et al. (2010) encontraram que os indivíduos que reganharam mais de 10% do peso perdido após a cirurgia obtiveram uma pior percepção da qualidade

de vida em relação aos que não tiveram ganho de peso, corroborando com os dados desta pesquisa.

Ao se avaliar a percepção da imagem corporal de acordo com a Escala de Figuras de Silhuetas (EFS) verificou-se uma predominância da própria imagem (enxergar-se maior do que realmente é nos dois grupos. Estudo conduzido por Neven et al. (2002) mostrou melhora significativa da percepção da imagem corporal após 6 e 12 meses da cirurgia bariátrica.

Em relação à satisfação com a imagem corporal observou-se que (41) 95,4% dos participantes apresentam algum grau de insatisfação com a própria imagem, (39) 90,7% gostariam de estar mais magros e que apenas (2) 4,7% prefeririam estar com o peso maior do que o atual (Figura 7). Todos os participantes do GRP queriam estar pesando menos.

Almeida et al. (2012) encontraram uma diminuição estaticamente significativa da insatisfação com a imagem corporal após a cirurgia bariátrica, e essa melhora ocorreu nos primeiros 6 meses. Apesar de a insatisfação ter continuado reduzindo, não houve diferença estatística no período entre 6 e 12 meses de pós operatório. Após um ano da cirurgia encontrou-se predomínio de insatisfação com a própria imagem onde, na média, os participantes gostariam de estar 6,6kg/m² mais magros, dados semelhantes aos encontrados neste trabalho, onde a média da insatisfação foi de 7,7kg/m².

Jumbe, Hamlet e Meyrick (2017) observaram que a cirurgia bariátrica é capaz de melhorar a imagem corporal já que a perda de peso aproxima o corpo do indivíduo ao que a sociedade considera como ideal. No entanto o procedimento pode resultar em mudanças significativas na aparência, como cicatrizes, flacidez da pele e do excesso de tecidos moles que, por sua vez, impactam negativamente sobre a imagem corporal de um indivíduo. Queixas nesse sentido foram frequentemente relatadas pelos pacientes pesquisados no presente estudo.

4 CONCLUSÃO

Não praticar atividades físicas parece estar associado ao ganho de peso após a cirurgia bariátrica na amostra estudada. O ganho de peso não impactou na qualidade de vida em nenhum dos cinco domínios avaliados: função física, autoestima, vida sexual, dificuldades em locais públicos e trabalho. Alto índice de insatisfação com a imagem corporal foi encontrado na amostra, sendo que a grande maioria gostaria de pesar menos. Foi observada grande prevalência de distorção da imagem corporal, com predominância

para superestimação do tamanho do próprio corpo. A amostra apresenta baixos índices de depressão e ansiedade, sendo a última mais frequente. Não houve diferença estatisticamente significativa no peso pré-operatório e perda de peso com a cirurgia entre os grupos GNRP e GRP, entretanto há diferença estatística entre o peso atual, sendo que os participantes do GNRP apresentaram IMC menor do que o GRP.

REFERÊNCIAS

- Adams, T. D., Davidson, L. E., Litwin, S. E., Kolotkin, R. L., LaMonte, M. J., Pendleton, R. C., . . . Hunt, S. C. (2012). Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *Jama*, *308*(11), 1122-1131. doi:10.1001/2012.jama.11164
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *17*(1), 153-160. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>
- Araujo, M. C. D., Dias, J. M. D., Vasconcelos, K. S. S., Medeiros, A. P. P., Santos, C. M., & Dias, R. C.. (2014). Impact of clinical and functional conditions on quality of life in old women with obesity. *Fisioterapia e Pesquisa*, *21*(4), 372-377. doi:10.590/1809-2950/13166621042014
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *26*(Supl. 1), 26-32.
- Bordalo, L. A., Sales Teixeira, T. F., Bressan, J., & Mourão, D. M. (2011). Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *57*(1), 113-120. doi:10.1590/S0104-42302011000100025
- Botega, N. J., et al. Trastornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escalas de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, *29*(5), 1995.
- Cambi, M. P. C., Marchesini, S. D., & Baretta, G. A. P. (2015). Post-bariatric surgery weight regain: evaluation of nutritional profile of candidate patients for endoscopic argon plasma coagulation. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *28*(1), 40-43. doi:10.1590/S0102-67202015000100011
- Cheng, J., Gao, J., Shuai, X., Wang, G., & Tao, K. (2016). The comprehensive summary of surgical versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Oncotarget*. doi:10.18632/oncotarget.9581

- Engel, S. G., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Hartley, G. G., Williams, G. R., Wonderlich, S. A. and Mitchell, J. E. (2003), Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect?. *Obesity Research*, 11: 1207–1213.
- Ertelt, T. W., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Crosby, R. D., Steffen, K. J., & Marino, J. M. (2008). Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. *Surg Obes Relat Dis*, 4(5), 647-650. doi:10.1016/j.soard.2008.01.004
- Figueiredo, M. D. Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade (2012). *Dissertação de mestrado*, Universidade Federal do Paraná, Paraná.
- Galioto, R., Gunstad, J., Heinberg, L. J., & Spitznagel, M. B. (2013). Adherence and weight loss outcomes in bariatric surgery: does cognitive function play a role? *Obes Surg*, 23(10), 1703-1710. doi:10.1007/s11695-013-1060-6
- Jumbe, S., Hamlet, C., & Meyrick, J. (2017). Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Curr Obes Rep*, 6(1), 71-78. doi:10.1007/s13679-017-0242-2
- Kakeshita, I. S. (2008). Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Karmali, S., Brar, B., Shi, X., Sharma, A. M., de Gara, C., & Birch, D. W. (2013). Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg*, 23(11), 1922-1933. doi:10.1007/s11695-013-1070-4
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey. *Obesity (Silver Spring)*, 18(10), 1938-1943. doi:10.1038/oby.2010.27
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D. and Williams, G. R. (2001), Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research*, 9: 102–111.
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes*, 2013, 837989. doi:10.1155/2013/837989
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*, 18(6), 648-651. doi:10.1007/s11695-007-9265-1

- Mancini, C. M. (2014). Bariatric surgery – An update for the endocrinologist. *Arquivos brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 58(9), 875-888. doi:10.1590/0004-2730000003413
- Marques-Lopes, I., Marti, A., Moreno-Aliaga, M. J., Martínez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade Genetics of obesity. *Revista de Nutrição*, 17(3), 327-338. doi:10.1590/S1415-52732004000300006
- McGrice, M., & Don Paul, K. (2015). Interventions to improve long-term weight loss in patients following bariatric surgery: challenges and solutions. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 8, 263-274. doi:10.2147/dms0.s57054
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G., . . . Rubino, F. (2015). Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*, 386(9997), 964-973. doi:10.1016/s0140-6736(15)00075-6
- Ministério da Saúde. Vigitel Brasil (2010) vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: 2011.
- Moreira M., A., Espinola, P. R., & de Azevedo, C. W. (2015). Food intolerances and associated symptoms in patients undergoing Fobi-Capella technique without gastric ring. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(1), 36-39. doi:10.1590/s0102-67202015000100010
- Neven, K., Dymek, M., leGrange, D., Maasdam, H., Boogerd, A. C., & Alverdy, J. (2002). The effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on body image. *Obes Surg*, 12(2), 265-269.
- Pajacki, D., Dalcanalle, L., Souza de Oliveira, C. P., Zilberstein, B., Halpern, A., Garrido, A. B., Jr., & Ceconello, I. (2007). Follow-up of Roux-en-Y gastric bypass patients at 5 or more years postoperatively. *Obes Surg*, 17(5), 601-607.
- Porcu, M., Franzin, R., Abreu, P. B., Previdelli, I. T. S. & Mateus Astolfi, M. (2011). Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 33(2), 165-171. doi:10.4025/actascihealthsci.v33i2.7653.

Powers, P. S., Rosemurgy, A., Boyd, F., & Perez, A. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg*, 7(6), 471-477. doi:10.1381/096089297765555197

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 6(6), 608-614. doi:10.1016/j.soard.2010.07.015

Tavares, T. B., Nunes, S. M., Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: Revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366.

Warkentin, L. M., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Agborsangaya, C. B., Rueda-Clausen, C. F., Sharma, A. M., . . . Padwal, R. S. (2014). Weight loss required by the severely obese to achieve clinically important differences in health-related quality of life: two-year prospective cohort study. *BMC Med*, 12, 175. doi:10.1186/s12916-014-0175-5